



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

**Duas formas diferentes de pensar face ao
idoso: Multimorbilidade e Fragilidade**

Pedro Miguel Lopes Vaz

JUNHO'2018



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Duas formas diferentes de pensar face ao idoso: Multimorbilidade e Fragilidade

Pedro Miguel Lopes Vaz

Orientado por:

Dra. Raquel Maria Sousa e Silva Ascensão

JUNHO'2018

Resumo

O envelhecimento populacional, que se expressa num aumento absoluto e relativo de indivíduos idosos, é uma realidade dos dias de hoje, em todo o mundo.

O envelhecimento caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplas condições crónicas, pelo que os indivíduos de faixas etárias mais avançadas constituem um grupo heterogéneo com uma crescente complexidade clínica associada.

Atualmente, compreende-se que a abordagem aos indivíduos idosos constituiu um novo desafio à prática clínica, uma vez que a idade cronológica se revela insuficiente na avaliação do perfil de risco. Tal, constitui uma limitação significativa à tomada de decisões clínicas e ao estabelecimento de intervenções.

Ao longo das últimas décadas, foram surgindo diferentes modelos com o intuito de responder à problemática da gestão do envelhecimento com um grau crescente de complexidade.

Entre vários modelos destacam-se a Multimorbilidade e a Fragilidade. Os mesmos correspondem a diferentes conceitos ou condições clínicas, embora ambos se relacionem com a idade avançada e estejam correlacionados.

A Multimorbilidade compreende a coexistência de 2 ou mais doenças crónicas que se manifestem clinicamente. A Fragilidade identifica o aumento de vulnerabilidade face a um agente agressor, sendo a mesma constatada através de diferentes instrumentos, tais como o Índice de Fragilidade e o Fenótipo de Fragilidade.

O objetivo do presente trabalho é explorar os conceitos de Multimorbilidade e Fragilidade e procurar refletir, de forma crítica, acerca da aplicação prática na abordagem clínica de indivíduos idosos.

A forma de pensar sobre o idoso deve integrar a Multimorbilidade e a Fragilidade numa só visão, permitindo-nos tomar decisões clínicas mais informadas, de melhor qualidade e que sirvam os melhores interesses dos indivíduos idosos.

O trabalho final exprime a opinião do autor e não da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Palavras-chave: Envelhecimento, Fragilidade; Multimorbilidade

Abstract

Population aging, expressed in an absolute and relative increase of elderly individuals, is a reality, all over the world.

Aging is characterized by the development of multiple chronic conditions, so individuals of more advanced age groups constitute a heterogeneous group with an increasing associated clinical complexity.

Currently, it is understood that the approach to the elderly individuals presents a new challenge to the clinical practice, since the chronological age is insufficient for the evaluation of the risk profile. This represents a significant constraint to clinical decision-making and intervention processes.

Over the last decades, different models have emerged to respond to the aging management problem with an increasing degree of complexity.

Among several models, Multimorbidity and Frailty stand out. They correspond to different concepts or clinical conditions, although both relate to old age and are correlated themselves.

Multimorbidity comprises the coexistence of two or more chronic diseases that clinically manifested. Frailty identifies the increase of vulnerability to an aggressor agent, being verified through different instruments, such as the Frailty Index and the Frailty Phenotype.

The objective of the present work is to explore the concepts of Multimorbidity and Frailty and aiming to reflect critically on the practical application in the clinical approach of elderly individuals.

The way of thinking about the elderly should combine Multimorbidity and Frailty in a single vision, allowing us to make clinical decisions more informed, with better quality, that serve the best interests of the elderly.

This report expresses the opinion of its author and not of the Faculdade de Medicina de Lisboa.

Keywords: Aging; Frailty; Multimorbidity

Índice

Abreviaturas.....	4
Introdução	5
Metodologia.....	8
Resultados.....	9
Implicações Práticas	18
Reflexão Crítica.....	20
Agradecimentos.....	22
Bibliografia.....	23

Abreviaturas

- FFG - Fenótipo de Fragilidade
- FG -Fragilidade
- IFG - Índice de Fragilidade
- MI - Medicina Interna
- MGF - Medicina Geral e Familiar
- MM - Multimorbilidade
- UE - União Europeia

Introdução

O envelhecimento populacional é uma das maiores problemáticas do século XXI, constituindo um fenómeno global. Em meados de 2017, a população mundial totalizou quase 7,6 biliões de habitantes.^[1] A percentagem mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade estima-se em cerca de 13% em 2017.^[1, 2]

Particularizando, Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia (UE). Comparativamente aos restantes estados membros, Portugal apresenta-se como:

- o 4.º país com maior proporção de indivíduos idosos, a qual, em 2017, representa 21,5% da população residente;^[1, 2]

- o 3.º país com idade mediana da população mais elevada face à mediana da UE em 2016 (44 *versus* 42,6 anos);^[3]

- o 5.º país com índice de envelhecimento mais elevado, correspondendo a 144 idosos por cada 100 jovens face à média de 122 idosos por cada 100 jovens da UE em 2015;^[4]

- o 5.º país com o índice de dependência mais elevado, registando 31 idosos por cada 100 pessoas residentes em idade ativa face à média de 29 idosos por cada 100 pessoas residentes em idade ativa na UE em 2015;^[5]

- o 3.º país com o índice de renovação da população em idade ativa mais baixo, sendo que por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade existiam 86 pessoas com 20 a 29 anos de idade face à média de 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade e 97 pessoas com 20 a 29 anos de idade na UE em 2013.^[2]

Na base da problemática do envelhecimento, deparamo-nos com a queda da natalidade e o aumento da longevidade nos últimos anos.^[2] O aumento da longevidade, por sua vez, é uma das maiores conquistas das últimas décadas, sendo consequência de significativas melhorias ao nível da nutrição, das condições sanitárias, dos avanços médicos e tecnológicos e dos cuidados de saúde.^[6]

Estima-se que este fenómeno continue a agravar-se ao longo das próximas décadas. Todas as regiões do mundo terão quase um quarto ou mais da sua população com 60 e mais anos de idade em 2050, com a exceção de África.^[1]

O envelhecimento populacional apresenta implicações importantes ao nível dos domínios social, cultural e económico de cada sociedade. Sob o ponto de vista económico, o envelhecimento da população constitui um desafio sem precedentes, não só para o

indivíduo idoso e para a sua família, como também para a sociedade em que se insere. Tem-se verificado um crescimento dos custos associados aos cuidados de saúde e pensões que, conseqüentemente, se irão refletir na despesa pública e, em última instância, num acentuar do risco de sustentabilidade do sistema de saúde e segurança social. Desta forma, torna-se necessário proceder a uma revisão dos alicerces económicos e sociais, de modo a salvaguardar a equidade das relações intergeracionais. ^[6, 7]

O envelhecimento caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplas doenças e condições crónicas (multimorbilidade), sendo que esta acumulação progressiva contribui para a aceleração significativa do próprio envelhecimento. Por outro lado, ainda que a geração envelhecida partilhe um conjunto de características fenotípicas, não constitui um grupo homogéneo pelo que não é possível padronizar os idosos em categorias unidimensionais. Por conseguinte, observa-se a necessidade de evoluir de uma abordagem baseada numa categorização unidimensional focada sobretudo na idade cronológica, que se tem revelado insuficiente, para uma categorização multidimensional. De um ponto de vista médico abrangente, acresce a clara e crescente complexidade clínica associada aos idosos. ^[6, 8, 11] Nessa perspetiva, surge na literatura a noção de Fragilidade, procurando ultrapassar o critério antiquado de idade cronológica.

Estando o número e a proporção de pessoas idosas a aumentar mais rapidamente que qualquer outra faixa etária, é importante que se delineiem estratégias que primem pela centralidade da saúde, proporcionando um envelhecimento com dignidade, segurança, dotado de direitos humanos e liberdades fundamentais, em que se proporcione o mais alto padrão de saúde física e mental. ^[6] Neste sentido, os clínicos devem procurar capacitar-se de modo a conseguirem prestar cuidados adaptados a essa população. No seio da comunidade médica, destacam-se os clínicos de Medicina Geral e Familiar, uma vez que os mesmos constituem a primeira linha de contacto com essa problemática, impondo-se na sua prática a necessidade de avaliar o perfil de risco de um idoso para se ponderar o balanço risco/benefício de diferentes ações e delinear planos de intervenção adequados.

Neste contexto, os conceitos de Fragilidade e Multimorbilidade assumem uma importância central, sendo estes cada vez mais utilizados na literatura médica, com o objetivo de avaliar o perfil de risco de um indivíduo idoso, com o intuito de suportar a tomada de decisões clínicas e intervenções a realizar. ^[9] Tendo consciência que não se tratam de conceitos estanques, é importante compreender a relação que se estabelece entre os mesmos.

O presente trabalho explora os conceitos de Fragilidade e Multimorbilidade, a partir dos resultados de uma revisão da literatura relevante, e procura refletir, de forma crítica, acerca da aplicação prática na abordagem clínica das pessoas idosas.

Metodologia

A redação desta revisão teve por base informação recolhida a partir de uma pesquisa realizada através do motor de busca PubMed na base de dados MEDLINE, tendo em consideração associações entre as seguintes palavras-chave: aging; elderly; frailty; multimorbidity; chronic disease e general practice, limitada ao período dos últimos 10 anos, entre janeiro de 2007 e novembro de 2017.

Procedi a uma primeira seleção dos resultados, tendo em consideração o seu título. Realizei uma segunda seleção tendo em conta o título e o respetivo *abstract*, para posterior leitura integral.

Procurei seleccionar todos os estudos que abordassem os temas chave a que o meu trabalho procure dar resposta, nomeadamente, a definição dos conceitos de Multimorbilidade e Fragilidade; os aspectos que os distinguem e a inter-relação entre os mesmos.

Os resultados obtidos através da pesquisa na base de dados MEDLINE, foram complementados por outras referências obtidas por *cross-referencing*, de acordo com a sua pertinência para o tema em discussão.

Ao longo de todo o processo de seleção, dei primazia a estudos de revisão.

As referências bibliográficas foram realizadas com recurso ao programa Mendeley, utilizando a nomenclatura indicada no Regulamento do Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina.

Resultados

A pesquisa permitiu seleccionar 12 resultados de acordo com a metodologia adotada, conforme o fluxograma representado na Fig. 1.

Nas subsecções seguintes, apresentarei os resultados desta revisão, com a seguinte organização:

- o conceito de Multimorbilidade;
- o conceito de Fragilidade e os seus instrumentos de operacionalização;
- inter-relação entre Multimorbilidade e Fragilidade.

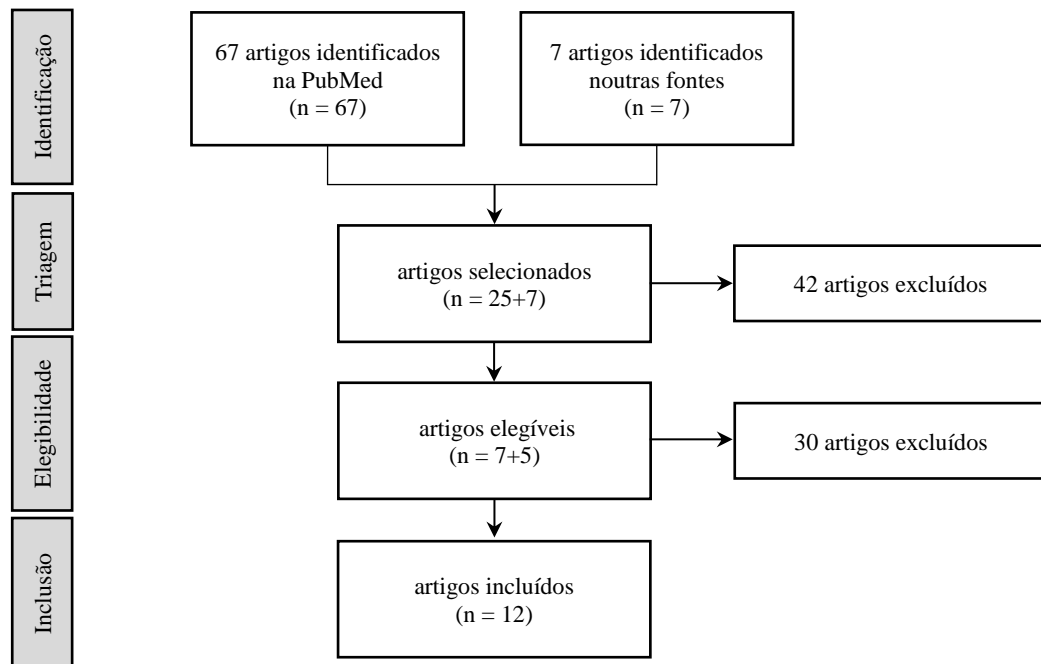


Fig. 1 – Resultados conforme metodologia adotada

1. MULTIMORBILIDADE

A Multimorbilidade (MM) é, frequentemente, definida na literatura como a ocorrência simultânea de 2 ou mais doenças crónicas, podendo entre estas estabelecer-se ou não uma relação causal. ^[9, 10] Por doença crónica, considera-se a doença permanente ou que requer reabilitação ou um longo período de cuidados, causada por uma alteração patológica irreversível. ^[11]

O conceito de MM surgiu com a rotura da abordagem médica centrada na doença. Até então, utilizava-se o conceito de comorbilidade, compreendendo a existência de uma entidade adicional durante o estudo de uma determinada doença à qual era atribuído um carácter prioritário. Por contraposição, com a transição para uma perspetiva centrada no doente, surge o conceito de MM, que considera uma avaliação mais holística da complexidade clínica, compreendendo a coexistência de diferentes doenças no mesmo indivíduo, atribuindo-lhe igual importância. ^[9] De notar o surgimento enquanto entidade em si mesma e não enquanto simples resultado da soma das doenças individuais, admitindo uma sinergia entre doenças independentes associadas a piores resultados de saúde e uma maior complexidade no tratamento. ^[11]

Constatou-se uma forte associação entre a MM e a idade, constituindo a mesma o principal fator de risco para a prevalência e incidência da MM. ^[11]

Diversos estudos sustentam a associação entre a MM e um aumento do risco de incapacidade e mortalidade; uma diminuição da qualidade de vida, saúde e bem-estar e um aumento dos custos da utilização dos cuidados de saúde. ^[10] O aumento do risco de incapacidade e mortalidade aumenta para pares específicos de doenças crónicas particularmente prevalentes e sinérgicas. ^[10, 11]

Apesar de tudo, há grandes limitações que permanecem subjacentes à MM, tais como:

- não existir uma definição standard (diferente número de diagnósticos considerados) e consenso nas condições a considerar, que tenha sido validada entre diferentes populações e configurações; ^[9, 11]

- ser atribuída igual ponderação às condições clínicas, sugerindo uma relação linear entre o número de doenças e o risco de resultados negativos, quando o risco constatado é superior à soma dos efeitos individuais das condições clínicas consideradas – efeito sinérgico –, uma vez que não se tratam de entidades autónomas; ^[9]

- foco exclusivo na componente nosológica do indivíduo, não admitindo que a mesma pode ser insuficiente no que diz respeito à avaliação da complexidade biológica,

clínica e social; [9]

- dificuldade no estabelecimento de um dado diagnóstico, devido à sobreposição de sinais e sintomas e apresentações atípicas frequentes em idades avançadas; [9]

- desvalorização do contexto em que o indivíduo se insere, quer no que diz respeito às condições particulares do meio ambiente em que se encontra, quer no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, características e disponibilidade de instrumentos diagnósticos; [9]

- dificuldade no estabelecimento de limiares ou categorias no sentido de orientar escolhas e planear intervenções, uma vez que compreende processos biológicos contínuos; [9]

- ausência de uma resposta flexível de acordo com as características particulares. Isto é, face à mesma carga de morbilidade (iguais diagnósticos, no mesmo número) não são oferecidos diferentes tratamentos consoante a faixa etária do indivíduo. [12]

2. FRAGILIDADE

A definição teórica de Fragilidade (FG), compreende uma síndrome dinâmica e multidimensional, com múltiplas causas e contribuidores, que se caracteriza pela diminuição da força, resistência e função fisiológica perante um agente agressor ou desregulação multissistémica. [9, 11]

Associa-se a um aumento da vulnerabilidade individual e risco para resultados adversos, tais como a dependência e/ou a morte. [9, 11] Por outras palavras, a FG procura avaliar o equilíbrio entre as forças que agem contra o organismo e as reservas homeostáticas do mesmo. [9] A FG corresponde ao ponto de inflexão hipotético, que clinicamente se traduz num indicador genérico da condição limite face ao colapso no qual o sistema se encontra. [11] A literatura publicada, apesar de considerar a definição de FG consensual, admite a omissão de dimensões importantes, como as componentes cognitiva e psicossocial, relacionando tal facto com a dificuldade em objetivar e considerar essas mesmas componentes. [11]

A evidência sugere que o curso da fragilidade é diferente de indivíduo para indivíduo, podendo o mesmo variar. [13] À condição de FG associam-se ainda características de reversibilidade, sendo que a partir de determinado limiar a recuperação é menos provável. Neste contexto, destaca-se o conceito de resiliência, isto é, a capacidade do indivíduo combater lesões ou danos causados por agressores. [13] Desse modo, dois indivíduos com semelhante nível de fragilidade podem reagir de forma

diferente ao mesmo agressor, tal como o mesmo agressor pode causar diferentes consequências de acordo com o nível de fragilidade individual. ^[8]

Estudos associam o aumento da condição de FG ao envelhecimento. No que diz respeito à relação com as patologias associadas à idade, estudos sugerem que a FG não existe apenas na presença das mesmas. ^[14]

A condição de FG associa-se a um aumento do risco de resultados negativos: hospitalizações, institucionalização, quedas, incapacidade e mortalidade. ^[14] O valor preditivo é confirmado pelos instrumentos de avaliação. ^[13, 14]

A avaliação da FG assume-se como sendo mais abrangente que outro tipo de avaliações, tais como a MM, assumindo maior exaustividade em relação ao indivíduo e ao meio em que o mesmo se insere, permitindo o desenvolvimento de intervenções contra condições incapacitantes e facilitando intervenções eficazes personalizadas. ^[9, 15]

2.1 INSTRUMENTOS OPERACIONAIS DA FG

A tradução operacional de FG é alvo de grande controvérsia, estando a operacionalização completa e definitiva a aguardar aprovação e consenso entre os especialistas. ^[11] Pelo facto de as definições operacionais utilizadas se desviarem da definição teórica, a validade das conclusões entre comparações diretas entre diferentes instrumentos torna-se discutível, constituindo uma limitação importante. Cada instrumento avalia um perfil de risco diferente, pelo facto de nenhum ser suficientemente abrangente. Nesse sentido, a adoção de um determinado instrumento, na prática corrente, pode conduzir à exclusão de doentes frágeis. ^[13]

Existem mais de 40 definições operacionais descritas na literatura, às quais está atribuída determinada capacidade preditiva de resultados negativos no envelhecimento. ^[8] Os instrumentos apresentam, no geral, forte valor preditivo negativo e uma escassa concordância, uma vez que cada instrumento avalia um perfil de risco diferente, não sendo nenhum tão abrangente quanto a definição teórica. ^[13]

As duas abordagens mais populares para a operacionalização da FG compreendem o Fenótipo de Fragilidade e o Índice de Fragilidade. ^[11] Muitas vezes são considerados, de forma errada, como alternativa e/ou substituto um do outro. São instrumentos distintos e devem ser considerados como complementares, sendo importante compreender os seus racionais de modo a integrá-los corretamente na prática clínica. ^[16]

Ambos os instrumentos apresentam um poder preditivo semelhante para incapacidade física e mortalidade. ^[15]

2.1.1 FENÓTIPO DE FRAGILIDADE (Tab. 1):

O Fenótipo de Fragilidade (FFG) é o instrumento mais popular, tendo sido originalmente operacionalizado e validado no contexto de um estudo na área cardiovascular, demonstrando a capacidade de prever quedas, hospitalizações, incapacidade e mortalidade. O mesmo explora a presença/ ausência de sinais e/ou sintomas, permitindo averiguar a existência de FG, mesmo na ausência de condições nosográficas identificadas. ^[16]

Foi concebido com o objetivo de identificar a condição física de risco e de a diferenciar da comorbilidade e incapacidade. ^[8]

O FFG contribuiu significativamente para a difusão do conceito de FG na literatura. Contudo, tratando-se de um modelo, não encerrava em si mesmo a definição original/teórica. ^[8] Atraiu maior atenção devido à sua natureza qualitativa e categórica, sendo a avaliação mais intuitiva e fácil de interpretar pelos clínicos. ^[11]

No que diz respeito à relação entre a FG e a incapacidade, estudos atestam que, por intermédio da operacionalização do FFG, a FG causa incapacidade, independentemente das condições clínicas, admitindo-se que a FG constitua um precursor fisiológico e um fator etiológico da incapacidade. Em indivíduos com incapacidade, o FFG pode perder a sua relevância clínica na medida em que define categoricamente a presença/ausência de uma condição de risco para um evento posterior. ^[16]

O FFG baseia-se num conjunto pré-definido de 5 critérios: 1) Perda involuntária de peso ($\geq 4,5\text{kg}$ no último ano); 2) Exaustão (quando 3 ou 4 pontos numa escala de 1-4 pontos, em que 1 corresponde a ausência de fadiga ou a mesma é sentida raramente e 4 a fadiga sentida a maioria do tempo); 3) Fraqueza muscular (avaliação baseada na medição da força de preensão manual); 4) Lentificação da marcha (tempo de caminhada por 4,57m); 5) Sedentarismo (energia despendida por semana calculada com base num questionário). O número de critérios positivos define o indivíduo enquanto não-frágil/robusto (0); pré-frágil (1-2) e frágil (≥ 3). ^[8, 17]

Pode ser aplicado no primeiro contacto, não havendo a necessidade de uma avaliação prévia, permitindo proceder a uma estratificação do risco inicial da população de acordo com diferentes perfis, alertando para a existência de um possível problema. ^[16]

O FFG apresenta como principais limitações:

- a modificação de um ou mais critérios pode alterar significativamente o resultado final em termos de categorização, tendo um impacto negativo na comparação dos resultados entre estudos; ^[8]

- incapacidade de fornecer qualquer indicação preventiva ou terapêutica, uma vez que não fornece qualquer informação sobre a causa subjacente à condição de risco; ^[16]
- dificuldade na avaliação de alguns critérios (força muscular e marcha) por falta de material ou condições; ^[16]
- condicionamento da fiabilidade das informações obtidas por alterações ou défices da componente cognitiva; ^[16]
- necessitar que os indivíduos estejam aptos a responder a questionários e realizar marcha; ^[17]
- falta de controlo do peso prévio. ^[17]

2.1.2 ÍNDICE DE FG (Tab. 1):

O Índice de Fragilidade (IFG) é um instrumento que avalia a acumulação de défices que ocorrem com o envelhecimento. ^[8] Apresenta uma natureza contínua, evitando erros de classificação. Compreende uma lista de verificação de condições clínicas e doenças, sendo que originalmente foram considerados 70 itens com a ressalva que não devem ser considerados como um conjunto fixo. Só é possível realizar uma estimativa de risco de forma robusta quando considerado um mínimo de 50 itens na avaliação. ^[16]

De um ponto de vista prático, corresponde à razão entre o número de défices considerados no indivíduo e o número total de défices considerado na avaliação. Desse modo, não se torna relevante quais os défices considerados, mas sim a quantidade de défices considerados no indivíduo. Os itens clinicamente relevantes geralmente não se apresentam sozinhos, acompanhando-se, muitas vezes, por outros. Tal, permite ultrapassar a limitação de apenas um item não ser representativo no resultado. ^[8]

Os défices devem ser relacionados com a idade, mas não exclusivos, podendo estes derivar de sinais, sintomas, condições médicas, incapacidade, alterações laboratoriais, radiográficas ou eletrocardiográficas. ^[11]

O IFG está amplamente dependente de condições nosográficas, contribuindo para a descrição de um perfil de risco mais próximo do exigido pelo clínico. Nesse sentido, admite-se que a quantidade de condições clínicas estará em concordância com a exaustão da reserva fisiológica. ^[16]

No que respeita à relação entre a FG e a incapacidade, o IFG não é capaz de realizar uma distinção clara entre ambos, uma vez que estima objetivamente os défices, incluindo itens de incapacidade funcional na avaliação. ^[16]

Sendo resultado de uma avaliação abrangente e objetiva prévia, na medida e que exige ter conhecimento de diagnósticos definidos anteriormente, não se trata de um instrumento que seja passível de ser utilizado para fins de triagem. Nesse sentido, é um instrumento ao qual se deve recorrer numa fase posterior, com o intuito de objetivar o peso do conjunto dos défices que afetam a pessoa.^[8] Apresenta uma sensibilidade superior ao FFG e um melhor poder preditivo de resultados adversos relacionados com a FG.^[11]

O IFG é sensível às modificações, sendo útil para a avaliação da eficácia de uma intervenção ou no sentido de descrever a trajetória do estado de saúde.^[16]

O IFG apresenta como principais limitações:

- falta de representatividade de um dado défice, sendo que um item por si só não é representativo na medida em que não altera substancialmente o resultado;^[8]
- ausência de categorização na prática clínica, não permitindo diferenciar a normalidade da anormalidade.^[16]

FFG	IFG
Sinais, sintomas	Patologias, atividades da vida diária, resultados de avaliação clínica
Possível antes de uma avaliação clínica	Possível apenas após uma avaliação clínica abrangente
Variável categórica	Variável contínua
Conjunto de critérios pré-definidos	Conjunto de critérios não especificados
Fragilidade enquanto síndrome pré-incapacidade	Fragilidade enquanto acumulação de défices
Resultados significativos restritos a idosos sem incapacidade	Resultados significativos em cada indivíduo, independentemente do estado funcional e da idade

Tab. 1 – Principais características do FFG e IFG
Adaptado de Cesari, M. *et al* (2013)

3. INTER-RELAÇÃO ENTRE MM E FG

Apesar das definições de MM e FG serem distintas, os modelos subjacentes sobrepõe-se e comumente coexistem na população idosa. Nesse sentido, é importante compreender a interação entre as mesmas e de que forma é que afetam os resultados de saúde, de forma a estabelecer estratégias em termos de prevenção e intervenção.^[15]

Vários estudos sugerem que a MM e a FG constituem diferentes construções e podem ocorrer de forma independente uma da outra ou coexistir, tendo diferentes impactos em resultados de saúde.^[11, 15]

Ao longo dos últimos anos foram consideradas diferentes formas de inter-relação da MM e FG do ponto de vista teórico, destacando-se as seguintes:

3.1 MODELO FENOTÍPICO (Fig. 2):

Relação entre MM, FG e incapacidade baseada no diagrama de Venn. Admite que MM, FG e incapacidade são três conceitos independentes ao mesmo nível, que interagem mutuamente entre si, com idêntica ponderação. Desse modo, permite a sua sobreposição e parcial coexistência, não excluindo, à partida, a possibilidade de, simultaneamente, ser-se portador das três condições. ^[9]

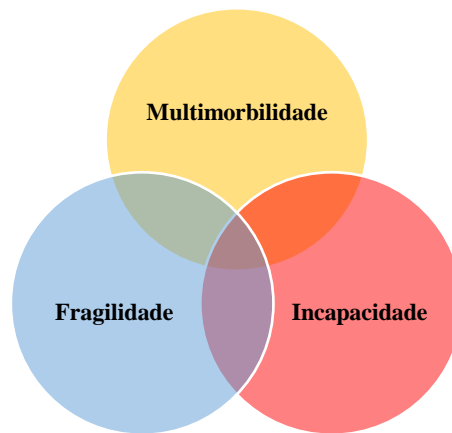


Fig. 2 – Modelo Fenotípico
Adaptado de Cesari, M. *et al* (2017)

3.2 MODELO PRÉ-INCAPACITANTE (Fig. 3):

Considera que a FG e a MM constituem duas condições de risco relacionadas para a incidência de incapacidade, admitindo o conceito de FG enquanto condição pré-incapacitante. Este modelo tem como objetivo uma intervenção no sentido de prevenção, procedendo a uma seleção da população potencialmente vulnerável. Nesse seguimento, aplica escolhas metodológicas estabelecidas a partir do conceito biológico com a finalidade de implementar uma prática clínica correta. ^[9]

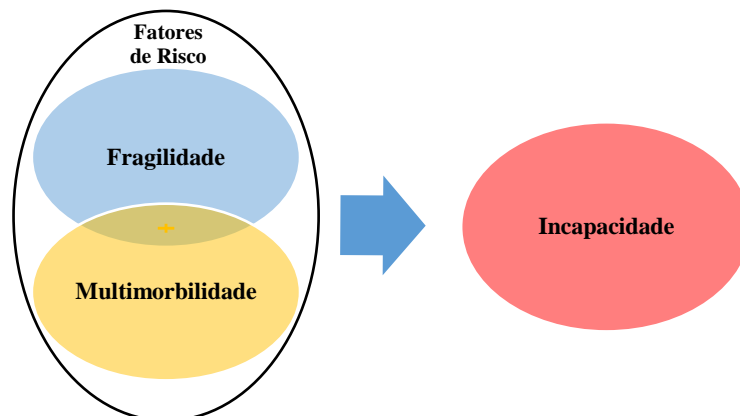


Fig. 3 – Modelo Pré-Incapacidade
Adaptado de Cesari, M. *et al* (2017)

3.3 MODELO DE CUIDADOS ADAPTADOS (Fig. 4):

Considera a FG enquanto condição de interesse da Saúde Pública, sendo a mesma conservadoramente considerada enquanto condição de vulnerabilidade extrema a agressores com o aumento do risco de resultados negativos, tornando-se os conceitos de MM e incapacidade secundários. Nesse sentido, entende que a FG se encontra entre os cuidados habituais e adaptados, remetendo implicitamente para os fundamentos dos cuidados geriátricos. Como tal, a FG inclui a MM, devendo ser tida em conta para apoiar ações preventivas através do uso de instrumentos geriátricos. A MM e a incapacidade constituem possíveis alvos de intervenção. A elevação do estatuto da FG implica a adoção de ferramentas capazes de identificar perfis de risco multidimensionais de forma prioritária, de modo a ser possível construir modelos de saúde adequados e sustentáveis.

[9]

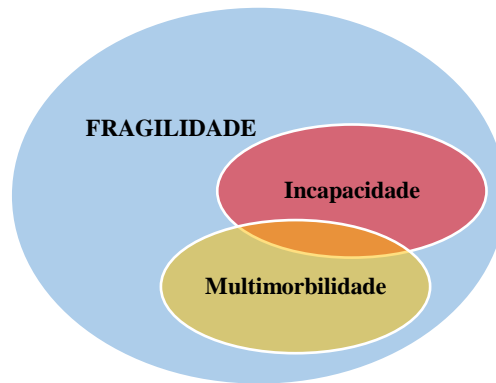


Fig. 4 – Modelo de Cuidados Adaptados
Adaptado de Cesari, M. *et al* (2017)

Foi comprovado que a MM e a FG são preditores e resultados uma da outra, tal como ambas são preditor de incapacidade e mortalidade. ^[11]

Na ausência de um *gold standard*, os três modelos são válidos, na medida em que respondem a diferentes necessidades e objetivos:

- 1) Enquadramento de uma condição clínica;
- 2) Apoiar uma ação preventiva;
- 3) Promover um modelo de cuidados de Saúde Pública. ^[9]

Implicações Práticas

De acordo com os dados estatísticos, a prevalência da MM varia de 55% a 98% em indivíduos com 65 e mais anos, enquanto a prevalência da FG estima-se que seja cerca de 13%, tendo por base os instrumentos que mais frequentemente são utilizados enquanto definição operacional da mesma. ^[11, 13] A prevalência da MM é fortemente afetada pela sua definição, isto é, diretamente dependente do número de diagnósticos considerados como ponto de corte, e da extensão das condições de saúde consideradas. ^[9, 12, 14] A prevalência da MM aumenta consideravelmente com o envelhecimento: 30,4% entre 45 e os 64 anos; 64,9% entre os 65 e os 84 anos e 81,5% com 85 e mais anos.

Destaca-se um estudo realizado recentemente em Portugal, onde a prevalência de MM registada nos idosos foi de 78,3%, com maior expressão nos Açores (84,9%) e no Alentejo (83,6%). ^[18]

A prevalência da FG está dependente do instrumento de avaliação de FG e da população em estudo. Uma revisão sistemática recente estimou, segundo o modelo do Fenótipo Frágil, uma prevalência de 9,9% e 44,2% de fragilidade e pré-fragilidade, respetivamente. Esta constatação foi consistente com estudos prévios desenvolvidos na Europa, Ásia e Coreia do Sul. ^[10, 14]

De forma sumária, estes dados só atestam a importância da adoção destes modelos na avaliação de perfis de risco em indivíduos idosos.

Tendo em conta as especificidades e limitações subjacentes a cada um dos conceitos, aquando da avaliação do perfil de risco de idosos, facilmente compreendemos que constituem duas realidades que não são passíveis de comparação simples ou linear.

De uma perspetiva global, a MM constituiu uma abordagem muito simplista face à complexidade e heterogeneidade associada aos idosos, destacando como limitação a não consideração de patologias que possam condicionar de forma representativa o idoso pelo facto das mesmas não terem uma prevalência que as defina como frequentes. O facto de se considerar um conjunto de variáveis relativamente acessíveis de quantificar ou caracterizar, permite que qualquer clínico facilmente possa perspetivar o perfil de risco, mesmo que a validade ou as implicações que advêm do mesmo tenham um carácter mais abstrato.

Tradicionalmente, as normas de orientação clínica versam sobre a doença e não têm em conta grupos de doentes com MM, revelando-se obsoletas perante pacientes em

que a MM está presente.^[11] A exceção é feita pelo The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que tem procurado colmatar essa lacuna, no sentido de incluir a MM como objeto de *Guidelines*, em 2017.^[19] Apesar de as mesmas apresentarem limitações consideráveis, por falta de detalhe ou evidência de boa qualidade, compreendem em si próprias um passo de grande relevância para que sejam devidamente desenvolvidas nos próximos anos.

Por contraposição, a FG encerra em si uma avaliação multidimensional e multidisciplinar, permitindo objetivar com uma maior validade um perfil de risco inserido em determinado contexto. Contudo, exige uma avaliação detalhada, que muitas vezes pode não ser conciliável com o grau de informação que os clínicos detêm sem uma avaliação aprofundada e com a prática clínica da Medicina Geral e Familiar atual.

Vários estudos relatam a possibilidade da condição de FG reverter espontaneamente, sendo que resultados positivos para uma determinada ferramenta podem tornar-se negativos sem a necessidade de uma intervenção específica. Admite-se que as flutuações derivam da própria natureza fisiológica da condição de FG, não apresentado uma trajetória linear ou facilmente previsível.^[8] Face a esta condicionante, os rastreios devem ser cautelosos no sentido de não conduzirem ao tratamento de aspetos que não são relevantes e/ou que são reversíveis espontaneamente, traduzindo-se num desperdício de recursos e uma exposição dos doentes a riscos de eventos adversos desnecessária.

Nesse sentido, num primeiro tempo deve procurar-se escolher instrumentos de acordo com o impacto efetivo dos mesmos. Tal uso deverá ser especialmente condicionado pelo contexto da prática clínica e pelos recursos disponíveis, devendo os instrumentos ser mais sensíveis onde os recursos são limitados ou mais específicos onde os recursos permitem avaliação em grande escala. Após a deteção de um caso de Fragilidade, o sistema deve dotar-se de ferramentas e infraestruturas adequadas a uma correta prática clínica, devendo priorizar-se intervenções de acordo com as características individuais.^[8]

No sentido de ultrapassar algumas das limitações que ambos os modelos oferecem à avaliação de perfis de risco, seria importante que a investigação se debruçasse sobre a identificação de biomarcadores que nos permitissem uma identificação mais precoce, de modo a estabelecerem-se estratégias e intervenções eficazes antecipadamente.

Reflexão Crítica

No exercício clínico quotidiano, deparamo-nos, frequentemente, com a necessidade de avaliar o perfil de risco de um idoso, a fim de tomarmos decisões clínicas e concebermos intervenções adequadas. A meu ver, os clínicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e os de Medicina Interna (MI) são quem mais consciência tem desta realidade, face a qualquer outra especialidade médica, ainda que tal aconteça por diferentes razões. Um clínico de MGF, detentor de uma perspetiva centrada no “doente” e não na “doença”, assiste ao envelhecimento dos seus utentes e, por consequência, à gestão da complexidade e heterogeneidade que lhes está subjacente, enquanto que, um clínico de MI, constata tal realidade pelo volume elevado de idosos internados com que contacta e pelas dificuldades que enfrenta a gerir as condições subjacentes ao doente e não apenas as que podem ter condicionado o internamento.

Considero que os Cuidados de Saúde Primários assumem um papel de particular relevância, na medida em que constituem o ponto de primeiro contacto com os serviços de saúde, dotados de um acompanhamento contínuo com a mais importante componente preventiva. Assim sendo, deve ser por intermédio destes que se deve procurar acompanhar o envelhecimento, estando alerta para sinais e sintomas precoces de possíveis condições não detetadas ou acompanhar próxima e atentamente condições já identificadas.

Contudo, considero ingénuo acreditar que um clínico de MGF é capaz de conciliar a gestão de condições tão específicas e complexas com as condições em que hoje se exerce MGF, entre as quais se destacam a prestação de serviços de saúde a um número elevado de utentes e com consequentes condicionantes à duração das consultas e disponibilidade para investir na sua formação.

Parece-me que, é na impossibilidade de oferecer respostas efetivas aos idosos com um perfil de risco aumentando para resultados negativos em saúde, que se deveria considerar a mudança para um paradigma mais holístico, multidisciplinar, centrado na promoção de funcionalidade e independência. Tal, só será possível, se procurarmos construir um plano de intervenção que consiga responder adequadamente às necessidades que nos são impostas. Urge proceder a reformulações profundas no nosso sistema de saúde, procurando criar cuidados de saúde primários que sejam acessíveis à comunidade no que diz respeito a condicionantes físicas ou financeiras; estimuladores de autonomia e

funcionalidade, de forma continuada; com uma colaboração multidisciplinar e uma prática clínica baseada na evidência, integrando sempre que possível a decisão ativa dos doentes na sua própria saúde.

Dirigindo o foco para a problemática do envelhecimento, considero que o primeiro passo deverá ir de encontro à compreensão do fenómeno do ponto de vista biológico. Tal, permitirá determos bases sólidas para procurar estratégias que promovam a prevenção ou o atraso de condições que culminem em resultados negativos para a saúde bem como incapacidade.

Perspetivo que um segundo passo será definir, *à priori*, qual a população alvo de intervenções que permitem envelhecer com saúde. Nesse sentido, emerge a necessidade dos clínicos de MGF se encontrarem mais familiarizados com os conceitos de MM e FG. Garantindo estas condições, justifica-se um investimento no que diz respeito à área preventiva e interventiva.

Outra etapa importante passará por definir a janela de oportunidade, isto é, o período crítico em que a ação preventiva poderá ter impacto e reverter as condições em causa, que por equiparação simplista corresponderia a um estado pré-incapacidade. Contudo, não significa que uma incapacidade já estabelecida não possa ser reduzida ou a sua progressão retardada ou o seu impacto atenuado.

Apesar de a MM e a FG constituírem duas formas diferentes de pensar no indivíduo idoso, as mesmas devem ser integradas numa única visão. Tal permitirá tomar decisões clínicas mais informadas, de melhor qualidade e que sirvam os melhores interesses dos indivíduos idosos.

Agradecimentos

À Dra. Raquel Ascensão, pela extraordinária paciência, pelo indiscutível esforço, pela inquestionável dedicação e pelo precioso apoio sempre demonstrados, ao longo de todo o processo de construção do presente trabalho. A sua orientação estendeu-se para além dos limites deste trabalho, influenciando-me enquanto futuro profissional de saúde, moldando a minha visão face à realidade médica, procurando sempre que eu próprio assumisse um papel ativo, potenciando o meu sentido crítico, de forma a procurar soluções face às limitações e problemáticas com que me fui deparando. Pela sua total disponibilidade e confiança depositada, o meu sincero obrigado.

À minha família, em especial os meus pais e o meu irmão, por ser o meu maior exemplo de coragem, força e humildade, durante todo o meu percurso. Foi o vosso esforço e sacrificial que permitiu ter a oportunidade de percorrer todo este caminho, sem nunca me desviar do mesmo. Esta conquista, para além de minha, é vossa.

Aos meus grandes amigos, pelo companheirismo, atenção e incentivos que fomos retribuindo ao longo dos últimos 6 anos, ajudando-me a superar os momentos menos bons.

À Carla, pelo seu carinho, pelo seu apoio incondicional, pela sua constante presença e por nunca ter duvidado de mim.

Bibliografia

1. United Nations (2017) Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/400). *World Population Prospects - The 2017 Revision, II*.
2. INE. Instituto Nacional de Estatística (2015) Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque: Dia Mundial da População*, 2015. www.ine.pt.
3. Pordata.pt. (2017). PORDATA - População residente: idade mediana. [online]. <http://www.pordata.pt/Europa/População+residente+idade+mediana-2265> (3 December 2017).
4. Pordata.pt. (2017). PORDATA - Índice de envelhecimento. [online]. <http://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+envelhecimento-1609> (3 December 2017).
5. Pordata.pt. (2017). PORDATA - Índice de dependência de idosos. [online]. <http://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+dependência+de+idosos-1929> (3 December 2017).
6. HelpAge International and UNFPA (2012) Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. *Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)*, 2012: 978-0-89714-981-5.
7. Cabral, M.V., Ferreira, P.M., Silva, P.A. da, Jerónimo, P. and Marques, T. (2013) Processos de Envelhecimento em Portugal Usos do tempo, redes sociais e condições de vida.
8. Cesari, M., Calvani, R. and Marzetti, E. (2017) Frailty in Older Persons. *Clinics in Geriatric Medicine*, **33**, 293–303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.002>.
9. Cesari, M., Pérez-Zepeda, M.U. and Marzetti, E. (2017) Frailty and Multimorbidity: Different Ways of Thinking About Geriatrics. *Journal of the American Medical Directors Association*, **18**, 361–364. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.086>.
10. Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M.E., Studenski, S.A. and Ferrucci, L. (2015) Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *Journal of the American Medical Directors Association*, **16**, 640–647.
11. Villacampa-Fernández, P., Navarro-Pardo, E., Tarín, J.J. and Cano, A. (2017) Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas*, **95**, 31–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.008>.

12. Abizanda, P., Romero, L., Sanchez-Jurado, P.M., Martinez-Reig, M., Alfonso-Silguero, S.A. and Rodriguez-Manas, L. (2014) Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? *Journal of Nutrition, Health and Aging*, **18**, 622–627.
13. Cesari, M., Prince, M., Thiagarajan, J.A., De Carvalho, I.A., Bernabei, R., Chan, P., et al. (2016) Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, **17**, 188–192. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>.
14. Aarts, S., Patel, K. V, Garcia, M.E., Van den Akker, M., Verhey, F.R.J., Metsemakers, J.F.M., et al. (2015) Co-Presence of Multimorbidity and Disability with Frailty: An Examination of Heterogeneity in the Frail Older Population. *The Journal of frailty & aging*, **4**, 131–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27030941>.
15. Woo, J. and Leung, J. (2014) Multi-morbidity, dependency, and frailty singly or in combination have different impact on health outcomes. *Age*, **36**, 923–931.
16. Cesari, M., Gambassi, G., Van Kan, G.A. and Vellas, B. (2014) The frailty phenotype and the frailty index: Different instruments for different purposes. *Age and Ageing*, **43**, 10–12.
17. Bieniek, J., Wilczyński, K. and Szewieczek, J. (2016) Fried frailty phenotype assessment components as applied to geriatric inpatients. *Clinical Interventions in Aging*, **11**, 453–459.
18. Rodrigues, A.M., Gregório, M.J., Sousa, R.D. and Dias, S.S. (2018) Challenges of Ageing in Portugal : Data from the EpiDoC Cohort Os Desafios do Envelhecimento em Portugal : Dados da Coorte EpiDoC. 2018.
19. (NICE), N.I. for H. and C.E. (2017) Multimorbidity : clinical assessment and management. 2017.